

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

|   |                           |
|---|---------------------------|
| 名称：高年者センター岡崎 デイサービスほほえみ   | 種別：通所介護                   |
| 代表者氏名：小林 節子   | 定員（利用人数）：35名（81名）         |
| 所在地：愛知県岡崎市美合町字下長根2番地1   |                           |
| TEL：0564-55-0140  |                           |
| ホームページ： <a href="https://www.okazaki-fukushi.or.jp/">https://www.okazaki-fukushi.or.jp/</a> |                           |
| <b>【施設・事業所の概要】</b>  |                           |
| 開設年月日：平成18年 4月 1日   |                           |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 岡崎市福祉事業団   |                           |
| 職員数   | 常勤職員：10名                  |
| 専門職員  | (管理者) 1名 (生活相談員) 1名       |
|   | (兼務生活相談員) 2名 (介護員) 5名     |
|   | (看護職員) 4名 (介護補助員、運転手) 各1名 |
| 施設・設備の概要  | (居室数) (設備等) 機能訓練室・静養スペース  |
|   | 車いす対応トイレ・歩浴室              |
|   | 特殊浴室・庭（園芸作業療法用）           |

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

「福祉のこころを育み、選ばれ、信頼される、地域に根ざした主体性のある事業団として確立します」

・施設・事業所「安全・安心で個性のあるデイサービス」

#### ★基本方針

##### (1)社会福祉サービスの進展

福祉サービスの質を向上させ、社会福祉の進展を目指します。

##### (2)地域福祉活動の推進

地域福祉のニーズに応える事業活動を展開し、地域における公益的な活動を推進します。

##### (3)人材の育成

福祉のこころを育み、福祉を支える人を育てます。

##### (4)経営基盤の強化

経営の効率化を図り、安定した経営を進めます。

##### (5)透明性の確保

ガバナンスを強化し、法令遵守するとともに、自立した運営を目指します。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

##### 【利用者本位のサービス提供】

- ①利用者のニーズの把握…一人一人の利用者と向き合う、観察する、ニーズを抽出する
- ②利用者の自立支援をサポートする…ニーズ抽出から設定する目標の達成方法の検討・実行
- ③提供しているケアの妥当性のチェック…効果の検証、意欲の検証
- ④通所介護計画書の変更の検討…検証結果から目標設定の妥当性を検討～次の目標設定へつなぐ

##### 【人材の育成】

- ①外部・内部研修の有効活用
- ②生活相談員会議（介護福祉士）、看護師会議（看護職員）の定例開催による情報の共有
  - ・アセスメント技術にかかる勉強会
  - ・関係機関との連携に係る事例検討
  - ・通所介護計画書、機能訓練計画書の作成にかかる事例検討
  - ・サービス担当者会議参加にかかる事例検討
  - ・制度改正に係る勉強会
- ③岡崎市事業者部会在宅通所介護小部会への参加（月1回）
- ④職員育成指標表を使つてのOJTの実施

#### ⑤第三者評価の受審状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 評価実施期間            | 平成30年 4月 1日（契約日）～<br>令和 元年 5月24日（評価結果確定日）<br>【平成30年10月 4日（訪問調査日）】 |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 0 回 （平成 年度）   |

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆理念・基本方針の実践と支援の質の向上

職員に対する理念・基本方針の周知、外部・内部環境を把握した課題の設定等一連の流れがシステムとして確立している。管理者、職員が理念を体現するため、現状の課題の分析を行い、具体的な取り組みを検討し事業所のサービスの質の向上につなげている。

##### ◆一人ひとりの尊重

利用者によっては、皆で一緒に活動したい人もいれば、独り静かな時を過ごしたい人もいる。そのような利用者の個人的な希望に対しては、可能な限り実現に向けて工夫をしている。そのために、利用者それぞれの意向を日ごろの会話の中から探ったり、アセスメントの機会に家族から生活習慣を聞き出したりしている。それらの情報は、通所介護計画にも反映させている。

##### ◆日々の挨拶を基本として

「全職員がすべての利用者と会話をする事」を目標に掲げている。職員がそれを頭に入れて支援にあたっており、どの職員も日々の挨拶は欠かさない。その挨拶の機会をきっかけにして、少しずつ他の話に発展させている。限られた時間の中では、ゆっくりと多くの時間を割いて接することは難しいが、少しの時間であっても事務的にならずに、利用者の尊厳を守る態度で接している。

#### ◇改善を求められる点

##### ◆社会資源の有効活用のために

利用者の支援上で必要となる社会資源のリストはないが、併設の地域包括支援センター等との連携を行い、利用者個々に必要な支援を提供できるように努めている。しかし、利用者にさらに質の高い支援を提供しようとする、職員の共通認識による地域の社会資源の有効活用が必要となってくる。職員が同じ方向性を持って支援に取り組むためにも、社会資源のリスト化が望まれる。

##### ◆標準的な実施方法の見直しルールの明文化

標準的な実施方法の主体である「統一マニュアル」の見直しは、時期を決めずに必要性を感じた時に行っている。その時には、事業所単位ではなく、通所事業全体で検討されるような仕組みとなっている。標準的な実施方法（「統一マニュアル」等）の見直しは、必要な時に適宜行うとともに、定期的にも実施する必要がある。“責任者（誰が？）”、“時期・頻度（いつ？）”、“実施方法（どのような方法で？）”見直しをするのか、これらのルールを定めることを望みたい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価は、職員が普段から意識しケアに当るべき「当たり前のこと」が、現段階では不十分であり改善の必要がある、ということ客観的な視点で指摘を受けることにより、一人ひとりの職員の意識に深く擦り込まれ、個人のスキルと事業所全体のスキルを見直す、大変良い機会になりました。さらに、今できていることを「良い」と評価されたことは、職員にとって大きな励みになりました。

措置の時代から積み重ねてきた組織風土が改革の障害になってしまう多くの要因は、介護の現場が閉鎖的な思考に陥りやすい環境にあるためだと思います。閉鎖的な思考で、最も弊害を生むものに「思い込み」や「決めつけ」また、「自己満足」が挙げられますが、最大の課題は、その弊害に気付く機会が余りにも少ない、という事です。第三者評価を受けることは、職員全員が同じ研修を同じ理解度で履修すると同等の効果を得られ、閉鎖的な思考は自己評価の進捗と比例して薄れ、やがて組織風土も変化していきました。改善の方向性を示していただいた項目については、職員全体の課題として、また、組織運営の課題として、現場職員と管理者が共に考え、前向きに進むことで、利用者様の自立支援に深く関わることができる、意味のあるデイサービスに成長していきたいと思っております。

#### ⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 評価項目(細目)の評価結果(通所介護)

※すべての評価細目(61項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

### I-1 理念・基本方針

|  |                         | 第三者評価結果 |           |
|--|-------------------------|---------|-----------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。  |                         |         |           |
| I-1-(1)-①  | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | 高 1     | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |                         |         |           |
| 理念、基本方針が明文化され毎朝職員全員で確認をし、理念を体現するための取り組みを行っている。利用者、家族への周知の取り組みについては、具体的な取り組みに至っていない。法人内の高齢者施設として中心的な存在にあることから、他に先駆けて利用者、家族への働き掛けを期待したい。 |                         |         |           |

### I-2 経営状況の把握

|   |                                 | 第三者評価結果 |           |
|---|---------------------------------|---------|-----------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。   |                                 |         |           |
| I-2-(1)-①   | 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | 高 2     | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                 |         |           |
| 法人本部が各事業所における運営状況の把握をし、現状の把握と課題が共有されている。また、岡崎市の事業所部会、通所介護小部会に参加し、情報の収集に努めている。                                       |                                 |         |           |
| I-2-(1)-②   | 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。       | 高 3     | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                 |         |           |
| 法人の高齢者部門の本拠地が隣接していることから、様々な情報が入りやすい環境にある。それらの情報を有効に活用し、さらに経営状況を分析して事業運営を行っている。館長会議等にて現状の課題の整理を行い、具体的な目標設定、対策を行っている。 |                                 |         |           |

### I-3 事業計画の策定

|   |                             | 第三者評価結果 |           |
|---|-----------------------------|---------|-----------|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。   |                             |         |           |
| I-3-(1)-①   | 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | 高 4     | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                             |         |           |
| 基本理念や方針の実現に向けた5ヵ年、10ヵ年計画を作成している。目標管理シートが作成されており、具体的な改善活動に向けた取り組みがある。また、必要に応じた計画の見直しもを行っている。 |                             |         |           |

|  |   |     |           |
|--|---|-----|-----------|
| I-3-(1)-②  | 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。                | 高 5 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |     |           |
| 単年度の事業計画は中長期に対するビジョンを踏まえており、数値目標や具体的な重点目標を設定している。前年度の実績を評価し、次年度の計画に反映していく仕組みも構築されている。                          |   |     |           |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。   |   |     |           |
| I-3-(2)-①  | 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | 高 6 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |     |           |
| 単年度の事業計画、目標設定に基づき、調整会議において定期的な状況把握、評価を行っている。しかし、全職員に対しての事業計画等の周知、理解には至っていない。事業計画の策定や評価の実施時に、職員全員が参画できる機会を作りたい。 |   |     |           |
| I-3-(2)-②  | 事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。              | 高 7 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |     |           |
| 事業計画はホームページで閲覧することができる状況であるが、利用者、家族への具体的な周知への取り組みが行われていない。事業計画は事業運営の根幹をなすものであることから、分かりやすい資料等を作成して周知を図ることが望ましい。 |   |     |           |

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|  |  |         |           |
|--|--|---------|-----------|
|  |  | 第三者評価結果 |           |
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。   |  |         |           |
| I-4-(1)-①  | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。          | 高 8     | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |         |           |
| 法人全体での会議や各種委員会が設置され、様々な課題について検討するための仕組みが構築されている。サービス内容が検討され、評価した上で改善に向けた取り組みが行われている。                             |  |         |           |
| I-4-(1)-②  | 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | 高 9     | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |         |           |
| 自己評価や利用者満足度調査を実施してサービスに対する評価を行っているが、評価、調査結果を基にした改善計画等の職員周知や取り組みが十分でない点もみられる。今後は分析、検討、改善等を組織的に実施し、支援の質の向上に努められたい。 |  |         |           |

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

|  |                                   | 第三者評価結果 |           |
|--|-----------------------------------|---------|-----------|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。   |                                   |         |           |
| Ⅱ-1-(1)-①  | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。  | 高 10    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 管理者は、日頃から事業所及び併設施設の運営、管理を行っている。また、事業所の課題の把握、改善について指揮を行い、サービスの質の改善に努めている。                       |                                   |         |           |
| Ⅱ-1-(1)-②  | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。      | 高 11    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 管理者を対象とした研修の実施や、介護保険制度改正等に対応するための取り組みを行っている。また、安全運転管理者講習の実施等、事業運営に必要な法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 |                                   |         |           |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。   |                                   |         |           |
| Ⅱ-1-(2)-①  | 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。 | 高 12    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 職員面談の機会や事業所内の会議を有効に活用し、事業所の課題の把握に努めている。事業所の設備、備品等においても、現状の利用者の状態やニーズに合わせ、計画的に修繕、変更を行っている。      |                                   |         |           |
| Ⅱ-1-(2)-②  | 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。    | 高 13    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                   |         |           |
| 業務改善の実効性向上に向けて、業務改善委員会で課題の分析を行い、現場職員の声や関係各所との連絡調整を行っている。                                       |                                   |         |           |

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

|   |  | 第三者評価結果 |           |
|---|--|---------|-----------|
| Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。   |  |         |           |
| Ⅱ-2-(1)-①   | 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | 高 14    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 法人が一括して新規職員の雇用、新規職員研修を行っており、事業所としては、職員の定着や安定的な雇用に腐心している。「岡崎市福祉事業団職員採用規定」に基づき人材の確保が行われている。 |  |         |           |
| Ⅱ-2-(1)-②   | 総合的な人事管理が行われている。                         | 高 15    | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |         |           |
| 人事評価システムが確立しており、業績評価、人事評価等を行っている。職員の目標管理システムとの連動があり、目標を達成するための必要な援助を行っている。                |  |         |           |

|  |   |      |           |
|--|---|------|-----------|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。  |   |      |           |
| II-2-(2)-①   | 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。              | 高 16 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 厚生休暇取得推進等のワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行っている。子育て中の職員については、1時間単位での有給休暇の取得や就業時間の短縮が可能であり、働きやすい環境の整備に努めている。    |   |      |           |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。  |   |      |           |
| II-2-(3)-①   | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                         | 高 17 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 職員ごとに目標管理が実施され、期初・中間・11月末と3度の評価面談により達成度を確認し、次につなげていく仕組みができています。                                      |   |      |           |
| II-2-(3)-②   | 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。         | 高 18 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 法人本部において、各職種別の年間研修計画を作成し実施している。事業所のサービスの質の向上に必要な“期待する職員像”を明確にし、職員がそれを理解した上で研修等に望むことができる仕組みづくりを期待したい。 |   |      |           |
| II-2-(3)-③   | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。                       | 高 19 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 職員個々の知識、技能に合わせた研修を選択し、受講することができるようになっている。  |   |      |           |
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。   |   |      |           |
| II-2-(4)-①   | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 高 20 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |      |           |
| 「実習マニュアル」に基づいて実習生の受け入れが実施されている。次世代の人材育成に加え、地域資源としての事業所の専門性提供の役割を果たしている。                              |   |      |           |

### II-3 運営の透明性の確保

|  |                            |      |           |
|--|----------------------------|------|-----------|
|  |                            |      | 第三者評価結果   |
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。  |                            |      |           |
| II-3-(1)-①   | 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | 高 21 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント  |                            |      |           |
| 法人ホームページにて、運営に関する情報の開示を行っている。しかし、苦情、相談の体制や内容についての公表する仕組みがないため、ホームページ等を活用し公表するための仕組みづくりを期待する。 |                            |      |           |

|   |                                  |      |           |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| II-3-(1)-②  | 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | 高 22 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |                                  |      |           |
| 施設サービス課総務班による内部監査の実施や、法人監事による監査の実施を行い適正な運営管理を行っている。また、より透明性、適正な経営・運営を実現するために、2019年度より会計監査人を設置する予定である。 |                                  |      |           |

## II-4 地域との交流、地域貢献

|  |  |      |           |
|--|--|------|-----------|
|  |  |      | 第三者評価結果   |
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。  |  |      |           |
| II-4-(1)-①   | 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。                   | 高 23 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 同法人が運営する併設の老人福祉センターが、地域福祉の入り口となっており、地域事業や介護福祉に関する情報提供等を行うことで、地域の社会資源としての役割を担っている。  |  |      |           |
| II-4-(1)-②   | ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。           | 高 24 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 「ボランティア活動要綱」にて基本姿勢を明文化している。地域の小学校の高齢者福祉体験学習や職場体験の場として協力、連携を行っている。  |  |      |           |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。   |  |      |           |
| II-4-(2)-①   | 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | 高 25 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 利用者の支援上で必要となる社会資源のリストはないが、併設の地域包括支援センター等との連携を行い、利用者個々に必要な支援を提供することができるように努めている。利用者により質の高い支援を提供するためには、職員の共通認識による地域の社会資源の有効活用が求められる。そのためにも、社会資源のリストの作成が望まれる。 |  |      |           |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。  |  |      |           |
| II-4-(3)-①   | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。                    | 高 26 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 同法人が運営する併設の老人福祉センターや地域包括支援センター等と連携し、福祉介護に関する情報提供の場及び福祉避難所として災害時の支援を行っている。通所介護事業所としての専門性や独自性を活かした取り組みにも期待したい。   |  |      |           |
| II-4-(3)-②   | 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。               | 高 27 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |  |      |           |
| 同法人が運営する併設の老人福祉センターや、地域包括支援センターと連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、医療的な支援が必要な利用者の受け入れ体制を確立している。  |  |      |           |



## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

|  |   | 第三者評価結果 |           |
|--|---|---------|-----------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。  |   |         |           |
| Ⅲ-1-(1)-①  | 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。        | 高 28    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |         |           |
| 理念を毎朝唱和したり、日ごろの接し方等も利用者を尊重した姿勢で行われているが、職員の実際をチェックしたり、人権に関する問題は現状でよいかを深く検討する機会を設ける必要もある。  |   |         |           |
| Ⅲ-1-(1)-②  | 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。         | 高 29    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |         |           |
| 法人主導で、プライバシー保護に関する研修が行われている。受けた職員の気づきや反省、今後の抱負が分かるなど、研修を今後の業務に活かす仕組みを構築されたい。   |   |         |           |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。  |   |         |           |
| Ⅲ-1-(2)-①  | 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。             | 高 30    | ⑦ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |         |           |
| 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を介しての利用が多く、両者とは普段から緊密な連携を行っている。利用前の訪問が必要な場合には、居宅介護支援事業所の職員(介護支援専門員)が同行し、一緒に説明や案内を行っている。  |   |         |           |
| Ⅲ-1-(2)-②  | 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。              | 高 31    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |         |           |
| 利用希望者には、「契約書」、「重要事項説明書」、持ち物や費用の案内などの書類に基づいて詳しく説明している。分かりやすさについては書式での特色はないが、確認や同意の説明の仕方には配慮している。見やすさや、見たら分かる表現の工夫が望まれる。   |   |         |           |
| Ⅲ-1-(2)-③  | 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | 高 32    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |         |           |
| 事業所の変更に伴い、移行先から照会があれば記録の写しを提供するなどしている。直接事業者同士で申し送りをする機会はあまりなく、担当する介護支援専門員への情報提供で対応している。利用の終了後も相談先として受け付けできることを、口頭だけでなく説明文書等の配布によっても周知を図られたい。                   |   |         |           |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。  |   |         |           |
| Ⅲ-1-(3)-①  | 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                 | 高 33    | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |   |         |           |
| 毎年、利用者(家族)アンケートを実施して満足度の調査をしている。アンケートを集計・分析し、家族に結果とそれに対する事業所の考え方などをフィードバックしている。利用者会のような形式にはとられず、普段の会話の中で要望を聞いているが、これまで以上に利用者自身に意見や回答を求めるコミュニケーションを増やすことを期待したい。 |   |         |           |

|   |  |      |           |
|---|--|------|-----------|
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。  |  |      |           |
| Ⅲ-1-(4)-①   | 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                 | 高 34 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 苦情解決のための仕組みは確立している。苦情の受け付けはなく、利用者からも「苦情がない」という声が多かった。しかし、アンケートの意見の中には、「…今より良くなれば嬉しい」というものもあった。その意見を苦情、要望に対応するしくみに載せていくことを望みたい。また、利用者等からの意見、要望、苦情等を事業所目線で判断せず、利用者の立場に立って「苦情」であるか否かを判断してほしい。          |  |      |           |
| Ⅲ-1-(4)-②   | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。         | 高 35 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| ソファの席、相談室の提供など、実際に意見を言いやすいような配慮をしている。口頭や配布物などを使って、利用者や家族にそのような配慮もしているということを知らせ、より多くの意見、相談を得る取り組みを期待したい。   |  |      |           |
| Ⅲ-1-(4)-③   | 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。            | 高 36 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 個別に寄せられる意見への対応は遅滞なく行われているが、記録に残っている数は少ない。そのため、意見や相談を聞く機会を増やす方法について、意見箱の設置も考えられている。さらに、日常の支援の場面でも会話等から意見を聞き出すことは可能であり、送迎時に家族と交わす会話の中からも意見や要望等を汲み取ることは可能である。  |  |      |           |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。   |  |      |           |
| Ⅲ-1-(5)-①   | 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。  | 高 37 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 事故把握、ヒヤリハット把握はできている。事故報告書において、リスクマネージャーや管理者の意見が記録されている。持参物の渡し間違い、表皮剥離など、同じ内容の事故、負傷が記録されている。再発防止策の効果が出ているか否か、取られた処置の有効性を定期的に検証する仕組みがない。再発防止の研修に関しては、受けた職員が感じたことや今後に活かせる点などを報告書として提出させ、理解の度合いを把握されたい。 |  |      |           |
| Ⅲ-1-(5)-②   | 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | 高 38 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 感染症に関するマニュアルは整備されており、感染症の対応や予防の研修は計画的に実施されている。職員それぞれの理解の確認のため、研修報告書と受講記録を揃えることを期待したい。   |  |      |           |
| Ⅲ-1-(5)-③   | 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。           | 高 39 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 災害時に対応するための各種マニュアルの整備が進み、毎月、何らかの形式による防災訓練が実施されている。災害時に職員がどうすればいいかの行動基準も明確になっており、個人に携帯カードとして配られている。消防署や地域との連携・協力も深まりつつある。  |  |      |           |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|   |   |      |           |
|---|---|------|-----------|
|   |   |      | 第三者評価結果   |
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。   |   |      |           |
| Ⅲ-2-(1)-①   | 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | 高 40 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 入浴や排泄など、様々な支援場面に応じて文書化された「統一マニュアル」がある。さらに、標準的な支援をする上で、その適切性を判断するためのツールとして、独自の「職員水準表」が作成されている。 |   |      |           |

|   |  |      |           |
|---|--|------|-----------|
| Ⅲ-2-(1)-②   | 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。            | 高 41 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 「統一マニュアル」の見直しは、時期を決めずに必要性を感じた時に行っている。その時には、事業所単位ではなく、通所事業全体で検討されるような仕組みとなっている。標準的な実施方法（「統一マニュアル」等）の見直しは、必要な時に適宜行うとともに、定期的にも実施する必要がある、誰が、いつ、どのような方法で見直しをするのか、ルールを定めることを望みたい。 |  |      |           |
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。   |  |      |           |
| Ⅲ-2-(2)-①   | アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。     | 高 42 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 利用者一人ひとりの介護計画が、他職種の意見も取り入れて作成されている。アセスメントは決められた項目を調べることで、一定水準を満たし、個別に利用者を理解するための項目も考慮されている。本人や家族のニーズは、介護支援専門員の居宅介護サービス計画にあるものが反映されている。                                      |  |      |           |
| Ⅲ-2-(2)-②   | 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。             | 高 43 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 利用者一人ひとりについて、介護計画の評価、モニタリングは決められた時期に行われている。評価の根拠となる課題に対する実施の内容は、日々の記録の中に確認できる。  |  |      |           |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。  |  |      |           |
| Ⅲ-2-(3)-①   | 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。 | 高 44 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| パソコンで記録システムを構築し、複数台で同時に共有する、というまでの必要性は感じておらず、事業所の規模や業務の状況から「手書きの記録」が多く用いられている。1冊のファイル、ノート等による記録確認の場合、職員が内容を迅速かつ正確に共有するためには、記録する時間や、記録の書き方を極力標準化することが望ましい。                   |  |      |           |
| Ⅲ-2-(3)-②   | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                   | 高 45 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |  |      |           |
| 利用者に関する記録は、保管場所や保存期間などが決められている。職員に対しては、個人情報の保護に関する記録管理の研修も実施されている。さらに研修の充実を図る計画があり、利用中に持ち出す場合など、様々な条件や場面を想定したの事例検討も効果があろう。  |  |      |           |

#### A-1 生活の支援の基本と権利擁護

|  |                                  |         |           |
|--|----------------------------------|---------|-----------|
|  |                                  | 第三者評価結果 |           |
| A-1-(1) 生活支援の基本  |                                  |         |           |
| A①A-1-(1)-①  | 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | 高 46    | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |                                  |         |           |
| 利用者によっては、皆で一緒に活動したい人もいれば、独り静かな時を過ごしたい人もいる。そのような利用者の個人的な希望に対しては、可能な限り実現に向けて工夫をしている。そのために、利用者それぞれの意向を日ごろの会話の中から探ったり、アセスメントの機会に家族から生活習慣を聞き出したりしている。 |                                  |         |           |

|   |   |      |           |
|---|---|------|-----------|
|   | A②A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | 高 47 | 非該当       |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 非該当   |   |      |           |
|   | A③A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。   | 高 48 | 非該当       |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 非該当   |   |      |           |
|   | A④A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。      | 高 49 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 「全職員がすべての利用者とお話をすること」が目標になっており、日々の挨拶は欠かさない。挨拶の機会をきっかけにして、少しずつ他の話に発展させている。限られた時間の中では、ゆっくりと多くの時間を割いて接することは難しいが、少しの時間であっても事務的にならずに、利用者の尊厳を守る態度で接している。                |   |      |           |
| A-1-(2) 権利擁護  |   |      |           |
|   | A⑤A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。       | 高 50 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 身体拘束の例があった。期間を定めた拘束の同意書は取っており、次の時期も「拘束が必要」という判断が行われて、再び同意を得ており、必要な手順は踏まえている。しかし、拘束期間中の記録及び廃止に向けて検討している活動内容が乏しい。身体拘束のない支援の実践のために、利用者、介護者、環境の要因をしっかりと検討して改善に努められたい。 |   |      |           |

## A-2 環境の整備

|   |   |      |           |
|---|---|------|-----------|
|   |   |      | 第三者評価結果   |
| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮   |   |      |           |
|   | A⑥A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | 高 51 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 利用者のやすむベッドが増え、最初に設計されたカーテンで仕切れる部分より多くなってしまっている。一部では間仕切りができないため、スクリーンを持ってきたりして工夫している。そのような状態を改善するため、設備改修の計画もしている。浴室の温度管理等で快適性に問題が生じているが、これもスポットクーラーの設置や窓の開閉の綿密化などの工夫で対応している。 |   |      |           |
| A-3 生活支援  |   |      |           |
|   |   |      | 第三者評価結果   |
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援  |   |      |           |
|   | A⑦A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。       | 高 52 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |   |      |           |
| 現在の浴室環境と入浴介助体制において、事業所で改善できることは実施して、利用者個々に適した入浴方法を実施している。入浴の「統一マニュアル」があり、当事業所で注意すべき点等の独自マニュアルも作成され、職員はそれを頭に入れて支援している。   |   |      |           |

|  |      |           |
|--|------|-----------|
| A⑧A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。  | 高 53 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| <p>身体状況に合わせて、トイレでの排泄の介助を行っている。トイレに行くタイミングが集中することもある。トイレのペーパーを使いやすく馴染みがあるように、ロールではなく四角いちり紙のようにしている。現在、トイレの仕切りにプライバシーの確保に関する課題があり、扉を作るというハード面での改善が計画されている。常時おむつの人は、大きな汚染等を除いては一人で交換を行っている。</p> |      |           |
| A⑨A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。  | 高 54 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| <p>車いすの利用者が、館内で通路の幅が狭いとか危ないとか感じる所はない。外での移動支援に関しても、安全に注意して支援している。車いすの利用については、心身の状態に合わせて利用できるようにしている。特に座位保持に不安がある人の車いす選びは、備品の拡充も考慮する必要があり、利用者側の協力も得て適切なものが使えるように配慮願いたい。</p>                    |      |           |
| A-3-(2) 食生活  |      |           |
| A⑩A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。  | 高 55 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| <p>「何を食べたいか？」を聞く機会として、アンケートや普段の会話があるが、食事に関する会議に利用者が参加し、直接意見を述べる機会が欲しい。利用者から要望の出た食べ物を、どのような献立として提供するのか、他職種の職員(栄養士、調理師、看護師等)と連携しての取り組みに期待したい。</p>  |      |           |
| A⑪A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。  | 高 56 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| <p>ほとんどの利用者は自力で食事を摂っているが、一部食事介助の必要な利用者もいる。食事の後には服薬もあるので、看護師がフリーな立場で配置されている。誤嚥や窒息などの事故は起こっていない。実際にはそのような可能性は低い分、万一の時の対応に困らないよう、見て分かりやすいマニュアルを作成し、研修や訓練を通して習熟度を高められたい。</p>                     |      |           |
| A⑫A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。  | 高 57 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| <p>口腔ケアの実施は利用者自身の意識も高く、食事が終わると自ら歯磨きに席を立つ人が多く見られた。しかし、歯ブラシ等の口腔衛生用品の清潔保持について、不十分な部分が見られた。該当するマニュアルにおいて清潔保持のルールを定め、実施状況を監視する仕組みを構築することを望みたい。</p>  |      |           |
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア  |      |           |
| A⑬A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。  | 高 58 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| <p>看護師が入浴時の利用者を観察し、褥瘡のある利用者の対応や処置は看護師が行っている。看護師に任せきりにすることなく、介護職員が日ごろの変化に一番早く気づく職種であることを踏まえ、褥瘡予防に努め、早期発見と悪化防止に関する支援を充実させて欲しい。</p>   |      |           |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養  |      |           |
| A⑭A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。  | 高 59 | a ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント  |      |           |
| <p>非該当</p>   |      |           |

|   |      |           |
|---|------|-----------|
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防   |      |           |
| A⑮A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。   | 高 60 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 理学療法士等の専門性のある職員によってリハビリテーションメニューが個々に作成され、計画の同意を得て実行され、達成の評価も得ている。その延長線上の取り組みとして、“家庭でも役立つように”という観点の下、リハビリテーションの充実を図ろうとしている。  |      |           |
| A-3-(6) 認知症ケア   |      |           |
| A⑯A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。  | 高 61 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 認知症の利用者が利用することから、その特性や行動の内容と原因、対策、接し方、考え方についての研修に参加している。その後の取り組みとして、研修で習得した知識や技術を他の職員にも伝達して職員の質を高めていきたい。認知症の利用者を抱える家族を支えるための交流、情報提供の機会を作ったり、認知症サポーター養成講座を活用する等、積極的な取り組みを期待したい。                              |      |           |
| A-3-(7) 急変時の対応  |      |           |
| A⑰A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。   | 高 62 | a ・ ③ ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 利用者の体調が急変した時は、看護師を呼んで任せることになっている。しかし、普段最も近くで接しているのが介護職員であり、介護職員が早期に異常を発見することによって、適切な医療につながる可能性が高い。医療連携の体制は確立しているが、さらに完全な体制とすべく、看護師を講師とした事業所内研修等の実施により、介護に携わる職員が医療知識を備える取り組みに期待したい。                          |      |           |
| A-3-(8) 終末期の対応  |      |           |
| A⑱A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応を手順を確立し、取組を行っている。   | 高 63 | 非該当       |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 非該当   |      |           |
| A-4 家族等との連携   |      |           |
|   |      | 第三者評価結果   |
| A-4-(1) 家族等との連携   |      |           |
| A⑲A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。  | 高 64 | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 連絡帳、送迎時の会話、電話、介護支援専門員等からの伝達等によって、家族等との良好なコミュニケーションを図っている。その他にも、配布物へのひとこと記載や、アンケートに対する個別の返事など、様々な手段が考えられる。家族等からの専門的な相談や質問に、適切に回答する力量があるに越したことはないが、居宅介護事業所や地域包括支援センターなどのより相談業務に精通する機関へ、適切に引継ぎすることができれば十分であろう。 |      |           |
| A-5 サービス提供体制  |      |           |
|   |      | 第三者評価結果   |
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制  |      |           |
| A⑳A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。   | 高 65 | 非該当       |
| 評価機関のコメント   |      |           |
| 非該当   |      |           |